第９回在宅医療及び医療・介護連携に関するＷＧ	資料3
令和元年９月６日	

厚労科研「在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究」中間報告

第7次医療計画の現状・課題と改善策について

ーPDCAサイクルの適切な展開に焦点を当ててー

【内容】

１．研究目的及び方法

２．主な研究成果

１）マネジメントの視点からみた計画遂行上の課題

２）ロジックモデルの考え方を用いた在宅医療計画の策定

（国立市での試行）

３．今後に向けて

2019年9月6日

埼玉県立大学大学院／研究開発センター　川越雅弘

１．研究目的及び方法

1. 研究に期待された成果，目的及び方法について

研究に期待された主な成果（公募要項より）

- 在宅医療の４機能 （退院支援、日常療養支援、急変時の対応、看取り）及び職種別の**評価指標の設定プロセスや設定内容における課題を整理する**こと。
- 在宅医療の提供体制の推進及び評価として実効性があり、介護保険事業計画等とも整合的な**新たな指標の設計やその利活用に向けた手法の検討を行う（＝課題解決力の向上）**こと。

研究目的

本研究は、3つの研究（研究1：既存指標の検証と修正案の検討、研究2：指標の継続的な測定方法の検討、研究3：指標の**効果的な活用方法**の検討）を通じて、次期医療計画策定時に活用可能な在宅医療の評価指標修正案、ならびに実効ある計画遂行方法の提案を行うことを目的とする。

研究方法

【研究1】既存指標の検証と修正案の検討

- **既存指標の策定過程に関するヒアリング**
- **第7次医療計画の内容分析**
- 現行レセプトで収集可能な指標の抽出
- **アウトカム指標の多職種検討**
- 患者調査結果とレセプトデータ等の相関分析及びアウトカム指標の検討

【研究2】指標の継続的な測定方法の検討

- **都道府県・市町村担当者等へのヒアリング**
- 既存データ（レセプト等）の分析と課題整理
- 継続的な指標測定方法の検討

【研究3】指標の効果的な活用方法の検討

- 作業部会での検討
- **4機能別にみたロジックモデルの検討**

２．主な研究成果

１）マネジメントの視点からみた計画遂行上の課題

①事業マネジメントの
理想的な展開方法とは

事業マネジメントの理想的な展開方法とは

図1.事業マネジメントの進め方

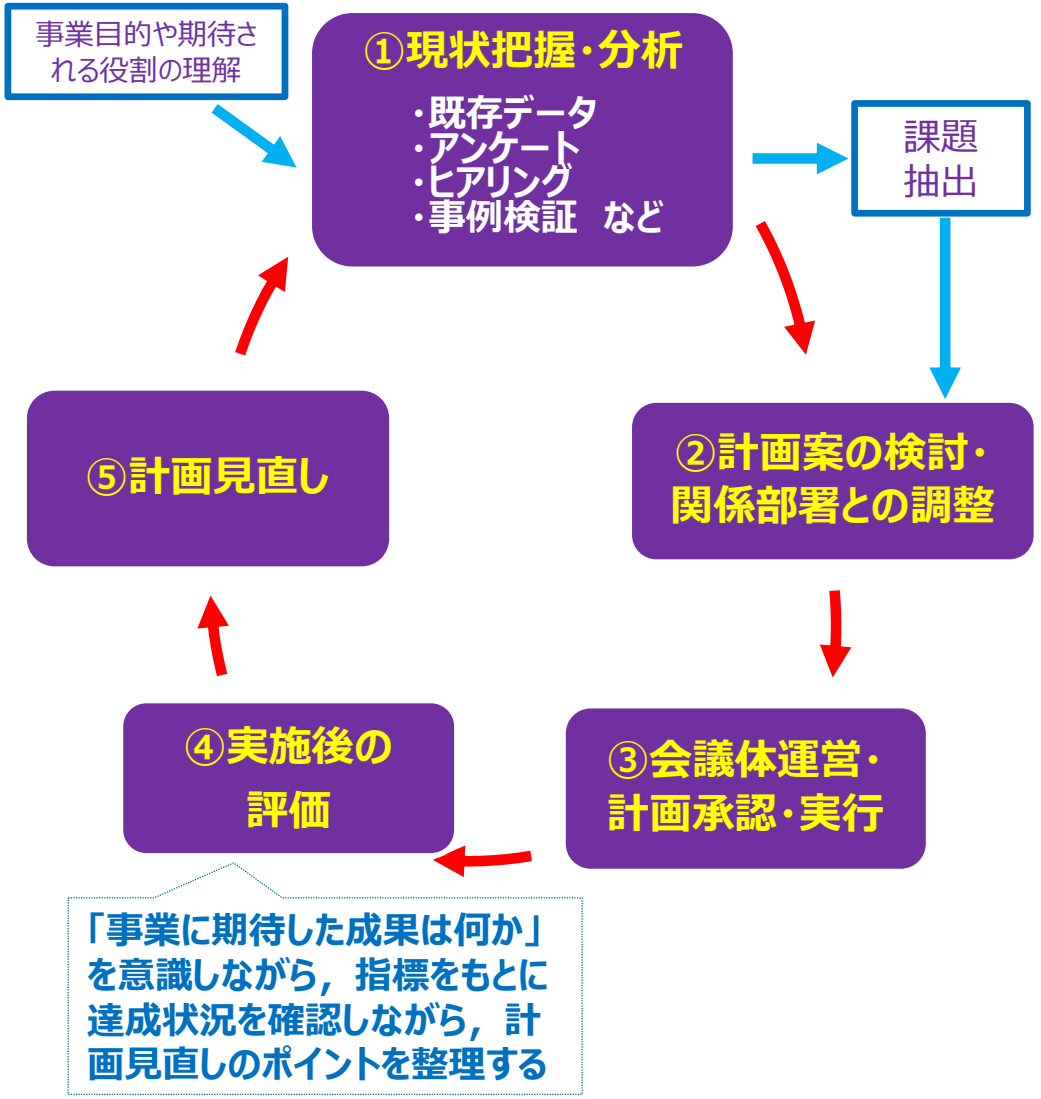
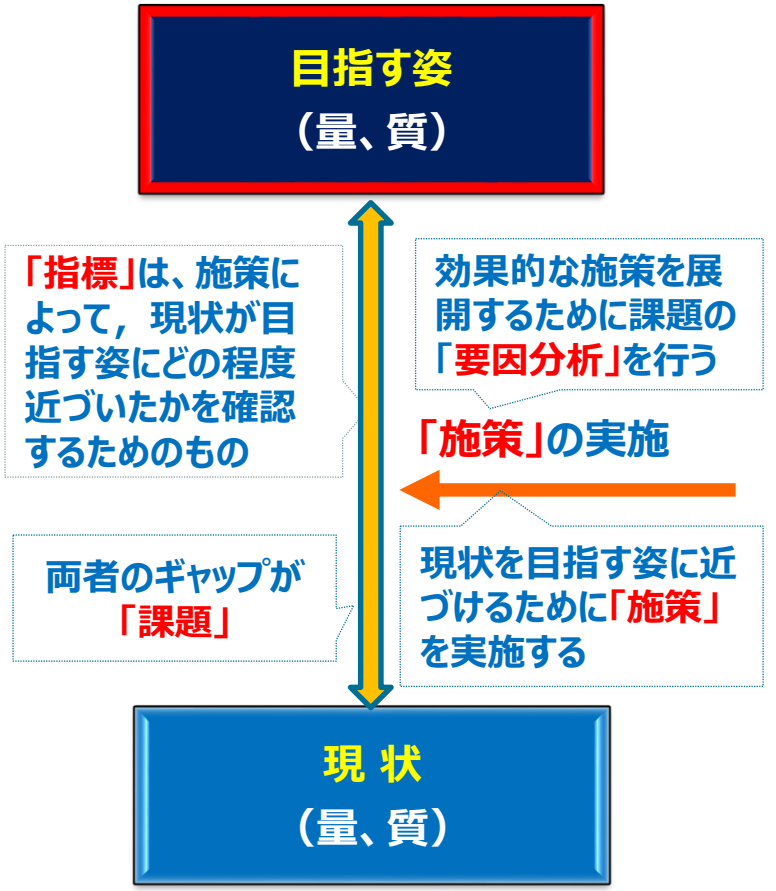


図2.課題と施策と指標の関係性



②計画遂行の現状と課題

ー公表された計画の確認とヒアリング等を通じてー

都道府県担当者へのヒアリングから見えてきた現状と課題

■**調査目的：**第７次医療計画在宅医療分野の計画策定の現状と課題を把握する
■**対象：**７府県の医療計画在宅医療分野策定の担当者（47都道府県の医療計画をレビュー後、計画の論理構造（ロジックモデルの活用）、指標設定の点で望ましいと思われる候補を選出し、協力が得られた府県）
■**ヒアリング項目：**1.体制　2.策定プロセス　3.指標設定　4.データソース　5.要望　ほか

プロセス	主なヒアリング結果
①現状把握・分析	• 医療計画作成支援データブックに関しては、①提示時期が遅い、②掲載指標のデータ加工過程が不明である、③提供データが古いなど，活用のしにくさがあることがわかった。 • レセプトデータは有用と感じているが，データ分析や資料作成に係る担当者の負担が大きいため，継続的な運用は難しいことがわかった。 • 介護関連のデータ入手は，医療部局にとって難しい場合があることがわかった。
②計画案の内部検討・調整	• 医療計画と介護保険事業（支援）計画の整合性の担保のための組織的工夫が行われている都道府県がある一方で、実行に至らない都道府県も存在していた。 • 庁内での基本方針設定は，とりまとめ担当部署のマネジメント力で左右されることがわかった。 • ロジックモデルの活用は，思考を整理する上で有用であるとの意見は多かった。
③会議体運営 計画承認・実行（ロジックモデル活用の観点から）	• ロジックモデルを活用することで，目標⇒施策⇒評価指標までの一連の流れに関するコンセンサスが得られやすく，議論がスムーズになるとの意見があった。 • ロジックモデルで評価指標を明確にしてから調査項目を検討し，調査を実施したほうが良かったという意見が聞かれた。
④実施後の評価（指標を含む）	• 患者／住民アウトカム（QOLやQOD）のデータを継続的に収集するための調査は現実的に難しいとの意見があった。 • 人口動態統計による「在宅死亡率」には異常死も含まれるため，これを看取りの指標にすることには慎重な意見が多かった。 • アウトカムやプロセス指標のデータの妥当性や目標値設定の限界から、体制整備が主な目標となり、ストラクチャー指標が中心にならざるを得ないとの意見が多かった。

課題解決に向けた論理展開の現状と課題（A県の場合，一部改変）

目指す方向性

- A県では目指す方向性を**「医療と介護の連携強化を通じて，在宅療養者のニーズに応じた包括的な医療・介護提供体制を構築する」**とした上で，4場面別に課題を設定している。

退院支援に対する設定課題

- 課題として以下の3点を設定
  - 課題1：退院支援担当者の人材育成
  - 課題2：病院スタッフ及びケアマネジャーの退院支援に関する知識と技術の向上
  - 課題3：病診連携及び医療・介護連携の強化

対策

- 上記課題に対し，以下の2対策が設定されている
  - 対策1：退院支援担当者向け研修の実施
  - 対策2：退院支援ルールの策定

計画策定上の課題

- **課題1：連携の目指す姿が設定されていない（連携は手段であって，目的でも目標でもない）**
- **課題2：設定された課題は，施策を意識したものになっている（意識した施策から課題を設定？）**
- **課題3：施策が連携強化につながったか否かをどのように評価しようとしているのかが不明**

課題解決に向けた論理展開の現状と課題（B市の場合，一部改変）

計画策定の現状

- B市では**「在宅医療・介護連携の推進」**に向けて，3テーマ（**①医療と介護の連携の推進、②情報提供による連携支援、③提供体制の構築**）別に対策が設定されている。また、目標の達成状況のモニタリング指標としては、**①医療・介護関係者への研修会の開催回数、②市民への講演会の開催回数**の2つが設定されている。

計画策定上の課題

【課題1】目的⇒目標⇒手段という思考展開ができていない（対策：ロジカルシンキングの強化）

⇒在宅医療・介護連携の推進は「目的」ではなく「手段」である。**何のために連携を図るのかといった目的、どのような連携を目指すのかといった目標を設定した上で、どのように連携を図っていくのかの手段）を考える必要がある（目的⇒目標⇒手段の順に考える）**。

【課題2】連携の場面が設定されていない（対策：4場面別検討の指示）

⇒連携が目指す姿は、場面（①日常療養、②急変時、③入退院時、④看取り）によって異なる。これら場面別に、目的、目標、手段を検討する必要がある。

【課題3】現行指標では連携が深まったかどうかを検証できない（対策：指標の例示）

⇒現在の指標は、「市が主体で行う研修会や講演会の実施状況を、目標回数と比較する形で検証する」といったもの。ただし、**研修会を実施したからと言って連携が深まるとは限らないし、深まったかどうかの検証もできない。**そもそも、在宅医療・介護連携は、利用者にメリットを享受する（例：不安なく退院ができる）ことを目的に行うものである。したがって、こうした目的や目標が達成できたか（あるいは近づいたか）を確認するための指標を設定する必要がある。

計画遂行上の主な課題と対策のポイント（解決すべき課題は何か？）

現状把握から見えてきたコアとなる課題とは

- 都道府県も市町村も，「施策」に意識が強く向いている。そのため，施策をまずイメージした上で，課題を設定している印象を受ける。**あるべき姿（どんな連携を目指すのか？）と現状のギャップから課題を考えるといったマネジメントの基本的思考が身に付いていないのではないか**。
- 評価も同様。**施策に期待した成果や目指す姿が整理されていないため，どのように評価してよいかわかっていないのではないか**。こうした状況下では，**指標だけ提示しても有効に活用することはできないのではないか**。

主な課題	対策のポイント	重要度	具体策（従来方法の問題点を含む）
1．施策（手段）に対する意識が強く，マネジメントの基本である目的⇒目標⇒手段の思考が弱い	• 目的⇒目標⇒手段の思考方法の定着を図る • 目指す姿を意識／設定させる	◎	こうした思考や方法は座学だけでは身につかない。計画策定業務の中で自然と身につく状況を作る **⇒ロジックモデルの思考方法を計画策定プロセスに導入する**
2．評価の仕方のイメージが弱い。また，具体的な方法が身についていない	• 基本的考え方を強化する • 具体的な評価方法を示す • 事業に期待した成果は何かを意識／設定させる	○	従来のような方法論を示す手引きでは実際の展開には至りにくい **⇒評価したい事項を複数列挙し，各事項ごとに具体的な評価方法（何の指標を用いるかを含め）を例示するような手引き（Q&Aに近い）を示す**
3．測るべき指標の決定が難しい。また，それら指標を継続的に測るためのデータの収集・整備も都道府県単位では難しい	• データ整備，指標の例示は国が行う • 指標設定に至るまでの考え方の手順も併せて示す	○	施策に期待したことは何か（何がどう変わることを期待したか），また，施策実施後の変化を何で測ろうと考えたかといった思考力が身につく状況を作る **⇒評価シート（前期計画の振り返り用）を導入する**

３．”ロジックモデルの考え方”を用いた在宅医療計画の策定

（国立市での試行）

国立市地域医療計画策定の経緯，進め方と手法

計画策定の経緯と目指す姿，方法

- 「医療・介護が必要になっても住み続けられるまちづくり」という市のめざす姿を実現するために、 19年度以降に実施される各種施策の考え方や方向性を示すものとして18年度に地域医療計画を策定。
- 市民自身が当事者としてかかわれるよう、市民の思いを反映した、**市民にとってわかりやすい計画**とする。（**目指す姿が示されている，課題が明確である，目指す姿と施策の整合性が取れている**など）
- 現状やニーズを様々な手法で多面的に把握し、課題抽出を行う。特に，市民へのわかりやすさを考慮すると，量的分析だけでなく，質的分析（事例分析）を取り入れることとする。

ロジックモデルの検討

- 「日常療養支援」「退院支援」「急変」「看取り」の場面のロジックモデルを構築。
- 「目指す姿」「目指す姿の達成に必要な要素」「目標達成のための手段・方法（具体的施策）」としてロジックモデルを提示。

ロジックモデル（因果関係図）とは

- 原因と結果の関係を表す流れ図（≒**事業の設計図**）
- ①目指す姿，②その実現に向けた要素，③施策（事業）を一望することができる。また，一望できるため，相互の整合性のチェックもできる
- 全体像の共有により論点が明確になり、円滑な議論ができる
- 施策の評価を行う際の基盤となる

ロジックモデルの考え方を活用した地域医療計画の策定プロセス

手順１ 「国立市がめざす姿」 の検討	• 情報収集を行い、住民のニーズや現状における充足状況を把握	・住民アンケート ・医療・介護施設アンケート ・ケアマネジャーアンケート ・統計データ分析 ・救急隊ヒアリング ・救急病院ヒアリング ・市民意見交換会
手順２ 現状・課題の把握 めざす姿の達成に必要な要素の検討	• 複数の事例検証を通じ、目指したい姿と現状とのギャップを生んでいる課題を抽出	・市内の事例収集と検討 -ケアマネジャーの担当事例 -地域包括支援センターの事例 -市民から寄せられた事例
手順3 具体的目標の設定	• めざす姿の実現に向けて達成すべき目標を整理	・ロジックモデル試案の作成 ・ロジックモデルのブラッシュアップ
手順４ 具体施策と 評価指標の検討	• 市で取り組む具体的対策を検討 • 進捗を確認するための評価内容を検討	・国立市担当部局内での検討 *評価については、計画の初年度において、具体的な評価指標及び評価方法を定める予定

事例分析の進め方（看取りを例に）

めざす看取り期の姿を明確化

＜めざす看取り期の姿＞

本人の住み慣れた地域、本人の望む場所で不安なく最期まで暮らす

あるべき姿

現状

めざす姿に対する事例の達成度をみる

- 各事例で達成できていること
- 各事例での目指す姿とのギャップ　⇒　**課題**

めざす姿の達成に必要な要素を抽出

- 事例を通じて得られた課題を吟味し、共通要素を抽出
- 1場面（例：看取り）につき４つの要素にまとめた

具体的目標の設定

- めざす看取り期の姿を達成するための目標を設定

事例分析の具体例（看取りの場面）①

事例1　本人が自宅での最期のときの迎え方について同意をしていたが、看取り時に本人の意思が家族に伝わらない事例

（　概　要　）90 歳代、女性、最期を過ごすために家族と同居、大腸がんの末期

（　経　過　）

同居家族（娘夫婦・夫）とかかりつけ医とで ACP※（医師を含む、家族全員のサイン入り）に取り組み、看取りについて家族で決めていた。最期は検査や延命処置は行わないことを希望していた。別居の息子が帰省中、状態の変化（下血）があり、同居家族が不在だったため、かかりつけ医と連絡が取れないまま救急搬送される。別居の息子も ACP にサインし承知してはいたが、普段生活をともにしていなかったこともあり動揺して対応に迫われ、救急搬送依頼をしてしまった。その後、ご本人は自宅に帰れず、病院で亡くなられた。同居の家族は本人の意思に沿うことができなかったことを後悔している。

（本事例で達成できていること）

・関係者全員で ACP に取り組み、本人と家族の意思を明確にしている

（本事例から見える課題）

・本人の意思の決定と共有（家族及び支援チーム）
・家族及び支援チーム間での複数回の確認
・かかりつけ医の役割
・かかりつけ医と病院の連携
・がん末期の搬送における判断基準及び救急搬送先の対応
・看取り後の家族支援

めざす姿の達成に必要な要素

○家族や医療・介護専門職及び近隣関係者（ボランティアなど）間での、本人の意思の適宜把握かつ共有

○本人が望む看取りを実現するための医療・介護提供体制及び地域支援体制の整備

※ACP（アドバンス・ケア・プランニング）：年齢や病期を問わず、本人が自身の価値観、目標、今後の治療に対する意向を理解・共有することを支援するプロセス（2019 年現在、ACP の愛称は「人生会議」となっています）。

出所）国立市地域医療計画（2019年3月）

めざす姿に対する事例の達成度をみる

めざす姿の達成に必要な要素を抽出

注：人物像の一部を脚色するなど、人物が特定されないよう配慮

事例分析を経ての目標設定

めざす姿の達成に必要な要素を整理：4要素

＜事例から抽出されためざす姿の達成に必要な要素＞

要素１：○家族や医療・介護専門職に対する、早い段階からの本人の意思表出

要素２：○家族や医療・介護専門職及び近隣関係者（ボランティアなど）間での、本人の意思の適宜把握かつ共有

要素３：○家族や専門職に対する不安を解消できるような情報の事前提供及び十分な理解

要素４：○本人が望む看取りを実現するための医療・介護提供体制及び地域支援体制の整備

○24 時間対応のかかりつけ医の存在

○地域の身近な支援者の存在

○見守り支援体制の構築

＜めざす姿の達成に向けた具体的目標＞

① 本人の意思の表出

② 関係者間での把握と共有

③ 希望に沿った看取りの実施

④ 提供体制整備

具体的目標の設定

出所）国立市地域医療計画（2019年3月）

看取り
ロジックモデル

めざす姿
本人の住み慣れた地域、本人の望む場所で不安なく最期まで暮らす

①本人の意思の表出	②関係者間での把握と共有	③希望に沿った看取りの実施	④提供体制整備
めざす姿の達成に必要な4つの要素			
本人の意思が早い段階から表出されている	家族や医療・介護専門職及び近隣関係者（ボランティアなど）間で、本人の意思が適宜把握かつ共有されている	家族や専門職が不安を解消できるような情報が事前に提供され、看取りが実施されている	本人が望む看取りを実現するための医療・介護提供体制及び地域支援体制が整備されている
目標達成のための手段・方法			
・最期まで住み慣れた場所（在宅・施設）で過ごし、好きなものを食べたい等の強い意思を実現する ・ACPに取り組み、事前指示書を作成する	・本人の看取りに対する意思の変化の確認を適宜行い、支援チームメンバー間で共有し支援方針を調整する	・本人の思いを実現するために、支援チームメンバーが、それぞれの役割を理解したうえで関係を構築する	・本人が望む看取りを実現するための地域支援体制を構築する
国立市の具体施策			
・ACPの取組、また、事前指示書の作成についての普及啓発 ・看取りや人生の最終段階について語る会（仮称）の実施	・緩和ケアを支援する支援チームの人材育成 ・情報共有ツールの普及	・国立市における家族等も含めた顔の見える関係構築（地域ケア会議など） ・グリーフケア※の体制整備	・看取りに関わる医療・介護の専門職及び地域の支援者（ボランティアなど）による緩和ケアを実施する支援チームの構築 ・地域資源の定期的な掘り起し・整理、及びリスト化
評価内容			
・ACPの取組状況 ・事前指示書の更新状況	・看取りに関するカンファレンス開催状況 ・情報共有ツールの活用状況	・死後カンファレンス※の実施状況 ・相談窓口の利用状況 ・地域ケア会議などの開催状況	・地域内の訪問診療・薬局対応・看護・介護等の提供量 ・看取りに対する市民の満足度

※グリーフケア：身近な人を亡くし悲嘆にくれる人を癒すため、心を開放し気持ちを整理する場を作る試み。
※死後カンファレンス：看取り終了後（本人の死後）、本人や家族　へ提供した緩和ケアの評価等を行う会議。

出所）国立市地域医療計画（2019年3月）

３. 今後に向けて

今後に向けて

1．指標の見直しについて

- 指標設定の考え方，具体的な設定方法の例示はほぼ完成した。
- ただし，これら指標の元となるデータを継続的に取得する方法は本報告では示せていない。そのための方法として，レセプトデータ（利用者数，各種加算の取得状況，在宅療養期間などの一部アウトカム指標）の活用方法を検討中である。また，市町村で継続実施される調査（例：市町村が行う「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」，「在宅介護実態調査」など）の活用も検討している（主観的健康観，主観的幸福感など）。
- 何を測定すべきか，現実的に継続測定可能かなどの複合的視点から，次期指標の見直し案を提示したいと考えている。

2．ロジックモデルの考え方の活用について

- ロジックモデルは，目指す姿，目指す姿を実現するために必要な要素，具体化された目標，施策の全体像を把握可能とするものである。また，課題解決に向けた思考力の強化にも有用な教育ツール的側面も有する。
- 都道府県及び市町村の担当者は，施策や事業から物事を考えがち。様々な計画を実効あるものにするためには，目的意識を持った上で，あるべき姿を設定し，課題や目標を具体化し，課題を生じさせている要因を特定した上で対策（施策や事業）を考えるといった思考の強化が，最も優先度の高い課題と考える。

（参考）
日常療養支援
ロジックモデル

めざす姿
市民がかかりつけ医を持ち、外来診療・在宅療養等を適切に受け、生活を継続できる

①本人の状況把握	②重症化予防	③不必要な入院の防止	④提供体制整備
めざす姿の達成に必要な4つの要素			
生活リズムや心身の機能が維持されている	適切な治療・療養の継続により、重症化を予防	予期せぬ入退院や再発が起こっていない	日常療養を円滑に継続するための医療・介護提供体制及び地域支援体制が整備されている
目標達成のための手段・方法			
・医療・介護専門職、家族、地域包括支援センター、行政が本人の状況を適時に把握し、かかりつけ医と情報共有する ・市民の健康状態等を把握する	・本人の受診が滞りなく行われていること ・治療中断時に早期再開につなげる ・本人が再発防止のための自己管理に取り組む	・かかりつけ医に受診し、適切な治療を行う ・本人が再発入院防止のための自己管理に取り組む	・地域のさまざまなサービスの開発、情報の周知を行う ・病院と診療所、診療所間などが連携する ・本人や家族の必要性に応じたサービスを提供する ・かかりつけ医機能及び薬剤師機能の充実・強化
国立市の具体施策			
・支援チーム間における本人の状況把握及び情報共有の推進 ・認知症高齢者の生活実態把握 ・サービス等につながっていない方に対するフォロー体制の整備	・生活習慣病予防や介護予防に係る普及活動 ・地域の支援者による活動の促進 ・特定健診の未受診者の減少	・市民一人ひとりがかかりつけ医を持つことの普及啓発 ・医療相談窓口体制の充実 ・支援チームの人材育成	・地域資源の定期的な分析・整理 ・病診連携・診診連携のあり方についての検討・推進 ・多職種研修の実施 ・専門職のスキルアップ研修 ・地域医療計画の推進
評価内容			
・支援チーム間の情報把握・共有状況に関するアンケート調査結果 ・認知症高齢者実態調査訪問件数 ・日常生活圏域ニーズ調査結果	・介護予防に係る取組の参加地域と参加者数 ・特定健診未受診率	・支援チームへの参加数 ・かかりつけ医を持つ市民の数 ・相談内容の分析結果 ・市民勉強会の受講者数	・在宅医療の需要と供給数 ・診療所連携チームの数 ・多職種研修参加人数 ・かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師を持つ市民の数 ・市民の日常生活への満足度

出所）国立市地域医療計画（2019年3月）

（参考）
急変時
ロジックモデル

めざす姿

○急変時に迅速な救急要請が行われる
○状態変化時に適切な治療を受けることができる

①家族・かかりつけ医・かかりつけ薬剤師に関する情報の共有	②緊急時対応について本人・家族間で共有	③本人の意思及びかかりつけ医の指示に沿った救急搬送	④提供体制整備
めざす姿の達成に必要な4つの要素			
家族やかかりつけ医の連絡先・服薬状況等の情報が一元化されている	本人や家族が救急搬送の必要性を不安なく判断でき、適切な救急要請が行われる	本人の意思表示及びかかりつけ医の指示に沿った救急搬送が行われる	地域の救急病院の役割分担を本人や家族が理解し、適正に救急受診が行われる
目標達成のための手段・方法			
・家族やかかりつけ医の連絡先が一元管理され、救急隊がもれなく参照できる ・服薬状況が搬送先病院に迅速に共有される	・かかりつけ医から本人・家族に対し、病状の見通しや変化についての説明が適時に行われる ・本人、家族、その他支援者が急変時の対応を共有している ・状態像の変化に対して対応する	・本人の事前指示（救急車を呼ぶか否か、など）をかかりつけ医が把握し、書面化する ・書面化した内容を定期的に確認し、内容が更新される	・本人・家族とかかりつけ医の信頼関係が構築される ・救急受診の判断に迷った際に＃7119※、＃8000※などの電話相談を利用 ・救急病院の役割・救急の適正利用について啓発が行われる
国立市の具体施策			
・救急医療情報キット（救急医療情報を冷蔵庫等に保管）の普及啓発 ・お薬手帳の普及啓発	・市民勉強会の実施	・救急車を呼ぶか否か、などを書面化することの普及啓発 ・救急医療情報キットの必要項目の見直し	・日中・休日・夜間の受診機関の周知 ・相談機関の整備・周知
評価内容			
・救急医療情報キットやお薬手帳の認知度・活用状況	・市民勉強会の受講者数	・救急搬送に関する本人意思とかかりつけ医指示の書面化状況	・救急医療の充実に向けたアンケート調査結果

※＃7119：救急相談センター。急な病気やケガをしたときなど、救急の必要性に迷った際の相談ダイヤル
※＃8000：こども医療でんわ相談。休日・夜間の子どもの症状への対応に困った際に電話相談が可能

出所）国立市地域医療計画（2019年3月）

（参考）
退院支援
ロジックモデル

めざす姿
本人の望む場所に戻り、支援を受けながら不安なく生活を再開する

①本人や家族の希望の把握	②関係者間で現状・退院後の生活のイメージを共有	③円滑な退院と生活再開	④提供体制整備
めざす姿の達成に必要な4つの要素			
退院後の生活についての本人や家族の思いや希望が把握されている	退院後の生活を再構築するために必要な支援内容が具体化し、共有されている	本人や家族が関係者の支援のもと不安なく生活を再開する	本人の望む退院（在宅・施設）とするための医療・介護提供体制及び地域支援体制が整備されている
目標達成のための手段・方法			
・入院時から、退院後の生活についての思いや希望を把握する ・入院前から関与している在宅医療・介護職も交えて話し合う ・意見の相違がある場合には調整し、決定を支援する	・具体的な生活場面をイメージしながら、退院に向けた医療・介護上の課題、生活・ケア上の課題を評価する ・評価の結果を関係者間で共有する	・在宅医療が本人の状態像に合っているか確認する	・地域のさまざまなサービスに関する情報が周知される ・本人や家族のニーズに合ったサービスが提案される ・歯科医師による訪問診療及び定期的口腔ケア ・薬局での在宅医療受け入れ体制
国立市の具体施策			
・医療機関と関係職種における入院前からの本人の医療及び生活情報の共有を推進する	・退院前カンファレンスの実施の普及啓発	・在宅復帰に向けての市民勉強会の実施	・医療相談窓口等の機能強化 ・在宅療養推進連絡協議会での体制整備についての検討 ・地域ケア会議※の実施
評価内容			
・医療及び生活情報の共有状況	・退院前カンファレンスの実施状況	・市民勉強会の参加者数 ・退院後の生活における実態調査結果 ・再入院率	・地域内の相談サービス活用状況 ・市民の退院後の生活の満足度

※地域ケア会議：介護保険法 115 条の 48 第 1 項に定義づけられている会議。個別ケースの支援内容の検討を通じ、自立支援に資するケアマネジメント支援、地域包括支援ネットワークの構築、地域課題の把握を行うとともに、地域づくり・資源開発、並びに政策形成などの機能を発揮し、地域包括ケアを推進していくためのひとつの手法。

出所）国立市地域医療計画（2019年3月）